

L 3 SB 1597/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

3

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 18 SB 3168/11

Datum

08.03.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 3 SB 1597/12

Datum

13.11.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 08. März 2012 wird zurückgewiesen.

2. Der Beklagte erstattet der Klägerin ein Drittel der außergerichtlichen Kosten beider Instanzen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt, nach Annahme eines Teil-Anerkennnisses des Beklagten im Berufungsverfahren, noch die Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 auch für die Zeit ab dem 29.06.2012. Die am 01.04.1971 geborene Klägerin verfügt über eine Niederlassungserlaubnis und hat ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Sie beantragte am 15.12.2010 erstmals die Feststellung eines GdB beim Landratsamt Enzkreis (LRA) als Versorgungsamt. Sie legte mehrere ärztliche Unterlagen vor. Nach dem Bericht des Klinikums A.-B., Prof. Dr. C., vom 17.10.2010 war dort am 01.10.2010 eine dorsale Dekompressions-/Repositionsspondylodese (Wirbelkörperverblockung) an den Segmenten L4 bis S1 durchgeführt worden, nachdem zuvor bei deutlich fortgeschrittener Degeneration der Bandscheiben Rückenschmerzen und mindestens ein Bandscheibenvorfall L4/L5 links bestanden hatten. Die D.-Kliniken, Dr. E., berichteten unter dem 11.11.2010 von der Rehabilitationsmaßnahme der Klägerin im Anschluss an die Operation (bis zur Entlassung habe die Beweglichkeit kontinuierlich gesteigert werden können, die Gehstrecke in der Ebene habe zuletzt 500 m betragen, Treppensteigen sei möglich, die Klägerin benutze einen Rollator, es sei kein Schonhinken zu verzeichnen, Rotation und Seitneigung der Brust- und Lendenwirbelsäule betrügen 20/0/20°). Als Nebendiagnosen waren Nikotinabusus, Adipositas und eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) genannt. Das LRA holte Befundberichte der behandelnden Ärzte ein. Der Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. F. teilte unter dem 28.12.2010 mit, bei einer Vitalkapazität (VC) von 2,9 l (80 %) und einer Einsekundenkapazität (FEV1) von 2,3 l bestehe ein Asthma bronchiale im Übergang zu einer COPD Stufe I. Die Orthopäden Prof. Dr. G. u. a. legten unter dem 30.12.2010 den Behandlungsverlauf vor, aus dem sich auch Untersuchungen wegen Schulter-, Knie- und Ellenbogenbeschwerden ergaben. Neurologin Dr. H. berichtete von einer Vorstellung der Klägerin am 06.12.2010 wegen seit einem Jahr vorhandener Weinanfälle, es hätten Lustlosigkeit und gedrückte Stimmung vorgelegen. Gestützt auf diese Unterlagen schlug Versorgungsarzt Dr. I.-J. unter dem 03.03.2011 vor, für degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelgleiten, Bandscheibenvorfall operiert, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und Adipositas (Einzel-GdB 30), eine depressive Verstimmung mit chronischem Schmerzsyndrom (20) und eine chronische Bronchitis (10) einen Gesamt-GdB von 40 zu bilden. Diesen stellte sodann das LRA mit Bescheid vom 10.03.2011 fest. Im Vorverfahren trug die Klägerin vor, sie leide an starken Rückenbeschwerden und habe stark zugenommen, sie weine oft, da sie sich verletzt und betroffen fühle, sie könne nicht für ihre Familie sorgen. Der Beklagte erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 05.07.2011. Hiergegen hat die Klägerin am 27.07.2011 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Trotz mehrfacher Aufforderungen durch das SG hat die Klägerin weder einen konkreten Antrag gestellt noch die Klage inhaltlich begründet. Mit Gerichtsbescheid vom 08.03.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat dabei angenommen, die Klägerin begehre die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von mindestens 50. Einen solchen Anspruch habe sie nicht. An der Wirbelsäule beständen mit den Restbeweglichkeiten an LWS und BWS von 20/0/20° nach der Operation nur mittelgradige, aber keine schweren Auswirkungen in zwei Abschnitten, sodass ein GdB von 30 angemessen sei. Die Knie- und Schulterbeschwerden habe Dr. K. als muskuläre Überlastung des linken Schultergürtels eingeordnet, aber keine dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen beschrieben. Das Gleiche gelte für das linke Kniegelenk. Der GdB von 20 auf psychiatrischem Gebiet sei nicht zu niedrig. Aus dem Reha-Entlassungsbericht lasse sich keine psychiatrische Diagnose entnehmen. Bei Dr. H. habe sich die Klägerin nur einmalig vorgestellt. Die dort geklagten Beschwerden führten nicht zu einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Der Gesamt-GdB von 40 sei angemessen. Gegen diesen Gerichtsbescheid, der ihr am 15.03.2012 zugestellt worden ist, hat die Klägerin am 16.04.2012 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sie trägt vor, die orthopädischen Beeinträchtigungen bedingten einen GdB von mindestens 40. Sie leide an wiederholten, inzwischen chronischen und behandlungsresistenten Lumbalgien. Die Lungenerkrankung sei in eine COPD übergegangen, es beständen hörbare Atemgeräusche

und erheblich erschwerte Atmung; hierfür sei ein GdB von wenigstens 30 gerechtfertigt. Hierzu hat die Klägerin das Attest des Allgemeinmediziners M. vom 09.08.2011 (chronische Lumbalgien, Depression, Lungenerkrankung, Kopfschmerzen) und den Arztbrief des Internisten Dr. N. vom 21.06.2011 (deutlich erhöhter Atemwegswiderstand, VC 83 %, FEV1 2,1 l) vorgelegt. Während des Berufungsverfahrens ist der Bericht des Klinikums B. vom 17.02.2012 zur Akte gelangt. Darin ist von einer Zunahme der von der WS ausgehenden Schmerzen sowie von Druckschmerz am Ilio-Sakral-Gelenk wegen dortiger Arthrose die Rede. Ferner ist ausgeführt, es sei festgestellt worden, dass sich die Wirbelsäulenabschnitte nach der ersten Operation nicht knöchern durchbaut hätten und es ödematöse Veränderungen in den dorsalen Weichteilen gegeben habe. Daraufhin wurde die Klägerin am 28.06.2012 erneut operiert. Nach dem Bericht des Klinikums A. vom 11.07.2012 wurde hierbei eine dorso-ventrale Revisionsspondylodese mit Ausräumung der Pseudoarthrose in den Segmenten L4/L5 und L5/S1 durchgeführt. Nach Erhalt dieser Unterlagen hatte der Beklagte unter dem 25.10.2012 unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. L. angeboten, im Vergleichswege einen GdB von 60 für die Zeit vom 15.12.2010 bis zum 27.06.2012 zuzuerkennen, wobei auf die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen ein Einzel-GdB von 50 entfallen sollte. Für die Zeit danach müsse der weitere Verlauf abgewartet werden. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 13.11.2013 hat der Beklagte dieses Angebot - bezogen auf einen Gesamt-GdB von 50 für den genannten Zeitraum - als Teil-Anerkenntnis abgegeben. Die Klägerin hat dieses Teil-Anerkenntnis angenommen und ihre Klage nur noch für den anschließenden Zeitraum aufrechterhalten. Sie beantragt demnach, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 08. März 2012 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 10. März 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05. Juli 2011 zu verurteilen, bei ihr auch für die Zeit ab dem 28. Juni 2012 einen Grad der Behinderung von 50 (fünfzig) festzustellen. Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Hinsichtlich des weiteren Verlaufs nach der Revisions-OP hat die Klägerin unter anderem das Attest von Herrn M. vom 07.11.2012 (fortbestehend rez. Lumbalgien, FBA 10 cm, leichte Gefühlsstörungen in den Beinen, Asthma, Depression), den Arztbrief von Dr. N. vom 12.11.2012 (Giemen bds, normale Sauerstoffsättigung, deutlich erhöhter Atemwegswiderstand, VC 74 %, FEV1 2,4 l, Asthma bronchiale in Übergang zu einer COPD bei Nikotinabusus) sowie den Entlassungsbericht der AOK-Klinik Bad O., Dr. P., vom 09.01.2013 über die stationäre Anschlussrehabilitation der Klägerin vom 20.07. bis 07.08.2012 (es habe bezüglich der LWS keine zufriedenstellende Beschwerdelinderung erzielt werden können, die Schmerzmedikation sei beibehalten worden, ein sicheres Gangbild ohne Gehhilfen auf Stationsebene und der Treppe sei erreicht worden, keine Kraftschwäche, keine Sensibilitätsstörungen, es sollte die krankengymnastische Übungsbehandlung fortgeführt werden) vorgelegt. Der Senat hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Herr M. hat unter dem 04.02.2013 bekundet, bei der Klägerin beständen chronische rez. Lumbalgien bei Spondylodese, ein chronisches Asthma bronchiale mit COPD bei leichter Belastungsdyspnoe und Husten mit weißlichgelbem Auswurf sowie eine leichte somatisierte Depression. Er hat verschiedene Arztbriefe vorgelegt, darunter jenen von Dr. H. vom 12.10.2012, wonach die erneute Operation die Symptomatik gebessert habe. Dr. N. hat mit Schreiben vom 08.02.2013 mitgeteilt, die Klägerin leide an allergischem Asthma bronchiale, einer Frühblüherpollenallergie, einer COPD I, Nikotinkonsum und Adipositas. Die Dauerbehandlung der Lungenerkrankung zeige wenig Erfolg. Diese sei als dauernde Einschränkung der Lungenfunktion geringen Grades mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten. Die Gehstrecke sei, auch wegen des Übergewichts, auf 3 bis 4 km/h oder zwei bis drei Stockwerke limitiert. Der Beklagte hat unter Berufung auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Reiniger vom 25.04.2013 ausgeführt, für die Zeit nach der zweiten Operation könne nicht von der Schwerbehinderteneigenschaft ausgegangen werden. Die Klägerin hat noch den Behandlungsbericht des Klinikums A. vom 11.12.2012 (Medikation mit Arcoxia bei schweren Schmerzzuständen, Gangbild flüssig, Zehen- und Fersenstand bds. gut durchführbar, keine sensomotorischen Defizite, deutlicher Druckschmerz über den ISG bds., bildgebend habe sich eine komplette knöcherne Konsolidierung der Segmente L4 bis S1 gezeigt, die geklagten Schmerzen beruhten vermutlich auf der Beeinträchtigung der ISG bds., hier müsse eventuell in einer weiteren Operation die Stabilität der WS-Segmente überprüft werden) und den Arztbrief des Radiologen Dr. L. vom 30.11.2012 (Nach einem CT der Lendenwirbelsäule an jenem Tag regelrechte Lage der Interponate und des Osteosynthesematerials, keine Lockerungszeichen, keine Hinweise auf Protrusionen oder Prolapse, diskrete Pseudo-spondylolisthesis bei L4/L5 um 3 mm). Im Rahmen einer schriftlichen Vernehmung als Zeuge hat der behandelnde Orthopäde Dr. R. am 11.11.2013 die bei ihm vorhandenen weiteren Behandlungs- und Entlassungsberichte über die Klägerin seit Sommer 2012 vorgelegt. Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des SG ist statthaft (§ 105 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 143 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) und auch sonst zulässig, insbesondere fristgerecht nach § 151 Abs. 1 SGG erhoben, da der 16.04.2012 ein Montag war. 2. Die Berufung ist aber in dem Umfang, in dem die Klägerin sie nach Annahme des Teil-An-er-kennt-nisses des Beklagten aufrecht erhalten hat, nicht begründet. Für die noch streitige Zeit nach der zweiten Operation, also ab dem 28.06.2012, besteht bei der Klägerin kein GdB mehr, der höher wäre als jener von 40, den der Beklagte bereits in den angegriffenen Bescheiden festgestellt hatte. a) Die rechtlichen Voraussetzungen für die Feststellung des Grades der Behinderung nach § 69 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) sowie die Anforderungen an die Festlegung eines GdB für einzelne Behinderungen bzw. krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigungen nach den Kriterien der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG), der Anlage zu § 2 der nach § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) hat das SG in dem angegriffenen Gerichtsbescheid zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen (§ 153 Abs. 2 SGG). b) Hiernach besteht bei der Klägerin für die Zeit ab dem 28.06.2012 ein Gesamt-GdB von 40: aa) Bei der Klägerin besteht nach den Aussagen von Dr. N. ein allergisches Asthma bronchiale wegen Frühblüherpollen. Da dieses saisonal bedingt ist, kommt nach Teil B Nr. 8.5 VMG (Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion) kein höherer GdB als 20 in Betracht. Die Lungenfunktionseinschränkung ist nach Teil B Nr. 8.3 VG zu bewerten. Nachdem die Blutgaswerte (Sauerstoffsättigung) im Normbereich liegen und eine ungewöhnliche Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung nicht festgestellt werden kann, kommt nur die erste Rubrik dieser Regelung in Frage, die einen GdB von 20 bis 40 vorsieht. Hiervon kann nur der untere Wert zuerkannt werden, denn die Messwerte der Lungenfunktionsprüfung sind nicht um bis zu 1/3 verringert, sondern um niedrigere Werte: Bei der Untersuchung am 12.11.2012 lagen die statischen Werte (VC) bei 74 % und die dynamischen (FEV1) bei 80 % des Sollwerts. Niedrigere Werte hätten auch die früheren Lungenfunktionsprüfungen bei Dr. N. und Dr. F. nicht ergeben. Entsprechend der Einschätzung von Dr. N. ist daher für das Funktionssystem Atmung ein GdB von 20 angemessen. bb) Die etwaige depressive Erkrankung der Klägerin bedingt keinen GdB höher als 20. Dies ist bereits der obere Wert für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen (Teil B Nr. 3.7 VMG). Für eine stärker behindernde Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, wie sie für einen GdB von 30 bis 40 vonnöten wäre, ist nichts ersichtlich. Auch die Klägerin selbst hat die Bewertung der psychischen Erkrankung nicht beanstandet. Die psychische Erkrankung der Klägerin kann allenfalls als leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) eingestuft werden. Weitergehende Diagnosen sind nicht gestellt worden: Dr. H. hatte auf Grund der einmaligen Vorstellung der Klägerin am 06.12.2010 von einer Lustlosigkeit und gedrückter Stimmung berichtet, aber keine Diagnose gestellt. Während der mehrfachen, z.T. längeren stationären Aufenthalte der

Klägerin in A., B. und zuletzt in Bad O. wurden psychiatrische Diagnosen ebenfalls nicht gestellt, auch nicht nebenbefundlich. Es bleibt nur die Angabe des Hausarztes M. in seiner Zeugenaussage vom 04.02.2013, es bestehe eine "leichte somatisierte Depression". Diese Erkrankung hat er in dem beigefügten Behandlungsverlauf z.T. als somatoforme Störung (F45.9), z.T. als Fibromyalgie (M79.7), überwiegend aber als nicht näher bezeichnete depressive Episode (F32.9) codiert. Hieraus ergibt sich zum einen, dass keine chronische, rezidivierende Erkrankung (F33) vorliegt und dass ebenfalls mittlere oder gar schwerere Episoden (F32.1, F32.2) ausscheiden. Diese Erkrankung wirkt sich im Wesentlichen in der physischen Dimension aus, in den von der Klägerin geklagten Schmerzen. Insoweit überlappen sich ihre Auswirkungen aber mit jenen der somatischen Erkrankungen. Die psychische und die soziale Dimension sind weniger betroffen. So findet eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung bei einem Facharzt nicht statt. Zwar war der Klägerin - auch während des Aufenthalts in Bad O. - ein Antidepressivum verordnet worden (Amitriptylin), dieses aber nur abends, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es - wegen seiner sedierenden Wirkung - als Schlafmittel eingesetzt wurde. In seiner aktuellen Aussage vom 04.02.2013 hat der behandelnde Hausarzt M. dann mitgeteilt, eine antidepressive medikamentöse Therapie finde nicht (mehr) statt, lediglich eine muttersprachliche Gesprächstherapie in seiner Praxis. Angesichts der Einbettung der Klägerin in ihrer Familie - der Hausarzt M. hat eine gute soziale Integration bescheinigt - liegen auch keine Anhaltspunkte für sozialen Rückzug oder dgl. vor. cc) Die Beeinträchtigungen an der Wirbelsäule bedingen nach der Operation am 28.06.2012 höchstens einen GdB von 20. Der Einschätzung des SG, es liege insoweit ein GdB von 30 vor, folgt der Senat nicht. Nach Teil B Nr. 18.9 VMG bedingen Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität einen GdB von 0, solche mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 10, Schäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 20 und erst Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Abschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 30. Für Schäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ist ein GdB von 30 bis 40 vorgesehen; bei besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) kann ein GdB von 50 bis 70 anerkannt werden und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit kommt ein GdB von 80 bis 100 in Betracht. Das SG ist in dem angegriffenen Gerichtsbescheid anscheinend von (mittelgradigen) Beeinträchtigungen an zwei WS-Abschnitten (womöglich der LWS und der BWS) ausgegangen. Bei der Klägerin ist aber nur ein Wirbelsäulenabschnitt betroffen, die Lendenwirbelsäule unter Einschluss des ersten Segments der Sakralwirbelsäule. Es soll nicht verkannt werden, dass hier mehrmals operativ interveniert worden ist und sicherlich Schmerzreize verblieben sind, auch wenn das überstehende Bandscheibenmaterial, das zuvor sicher erhebliche Nervenwurzelreizungen verursacht hatte, ausgeräumt worden ist. Aber der Senat hält die Beeinträchtigungen - insoweit in Übereinstimmung mit dem SG - nur für mittelgradig. Verformt im Sinne einer Skoliose oder Kyphose ist die LWS nicht. Auch die häufigen oder anhaltenden Bewegungseinschränkungen können nur als mittelgradig, aber nicht als schwer eingestuft werden. Bereits das SG hatte darauf hingewiesen, dass - vor der zweiten Operation - eine Restbeweglichkeit von 20/0/20° nach der Neutral-Null-Methode ermittelt wurde, was in etwa dem halben Normwert entsprach. Zumindest nach der zweiten Operation hat sich die Beweglichkeit (wieder) weiter verbessert. Bei der Entlassung aus der AOK-Klinik Bad O. hatte sich das schon bei Aufnahme sichere Gangbild ohne Gehhilfen verbessert, die Klägerin konnte zu ebener Erde gehen und Treppen steigen. Kraftschwächen bei der Fußhebung oder im Knie oder in der Hüfte wurden verneint. Die von der Klägerin weiterhin geklagten Schmerzen beruhen jedenfalls nicht auf Nervenwurzelreizungen; Sensibilitätsstörungen oder Ausstrahlungen in die Extremitäten wurden nicht festgestellt. Als Therapie wurde - nur - Krankengymnastik verordnet. Diese Einschätzung haben auch die später vernommenen Ärzte bestätigt: So hat Dr. N. von einem Gehvermögen von 3 bis 4 km/h oder zwei bis drei Stockwerken berichtet. Dr. H. hat unter dem 15.10.2012 - also noch vor der Rehabilitation in der AOK-Klinik - auch in Bezug auf die Schmerzen von einer Besserung gesprochen. Aus den vor der Verhandlung des Senats noch eingereichten Unterlagen des behandelnden Orthopäden Dr. R. ergibt sich ebenfalls keine erneute Verschlechterung: Hiernach hatte sich die Klägerin im Oktober 2013 wegen einer Hüftprellung u. a. im Klinikum S. St. T. behandeln lassen. Hierbei handelte es sich jedoch nur um eine akute, vorübergehende Beeinträchtigung, die keinen Behinderungscharakter entwickelt hat. Hinsichtlich der Wirbelsäulen-OP haben die Radiologen Dr. U. und Dr. Kühler in dem Arztbrief vom 08.11.2013 mitgeteilt, eine Ganzkörperszintigrafie an jenem Tage habe keine Hinweise auf eine Implantatlockerung, eine Spondylolisthesis oder eine stattgehabte Fraktur ergeben. dd) Weitere Behinderungen, die einen GdB von 10 oder mehr bedingen, sind nicht ersichtlich oder vorgetragen. ee) Ausgehend von den drei relevanten Einzel-GdB von je 20 kann nach Teil A Nr. 3 lit. d VMG nur ein Gesamt-GdB von 40 gebildet werden. Dies gälte sogar dann, wenn man die orthopädischen Beeinträchtigungen der Klägerin, wie es das SG getan hat, mit einem GdB von 30 bewertet. Da diese Einstufung kaum auf Beweglichkeitseinschränkungen, sondern überwiegend auf den geklagten Schmerzen an der LWS beruht, und auch die Bewertung der psychischen Erkrankung stark von diesen Schmerzen abhängt, überlappen sich die Auswirkungen dieser beiden Funktionsbereiche stark (Teil A Nr. 3 lit. d Doppelbuchstabe cc VMG). In diesem Fall wäre Teil A Nr. 3 lit. d Doppelbuchstabe ee Satz 2 VMG anzuwenden, wonach es - unter anderem bei den genannten Voraussetzungen - bei leichteren Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

3. Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#). Der Senat berücksichtigt, dass die Klägerin auf Grund des angenommenen Teil-Anerkenntnisses teilweise obsiegt hat.

4. Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-11-20